

平成 27 年 7 月 24 日

一般社団法人横浜市薬剤師会長 様

横浜市立大学附属病院  
薬剤部 西川 能治

## 処方せん様式の変更と 1 回量表示の不具合について（お知らせ）

貴会の会員薬局におかれましては、当院の発行する処方せん応需につきまして日頃から特段のご協力をいただいております。厚く御礼申し上げます。

さて、当院では 7 月 22 日（火）より処方せんの様式を別紙の通り変更いたしましたのでお知らせいたします。主な変更点は次の通りです。

### 1. 用紙サイズの変更（A5→A4）

引き続き、偽造防止対策（白すかしロゴマーク、熱で消えるサーモクロミック印刷）を施しています。

### 2. 臨床検査値（14 項目）の表示

WBC、Neu、Hb、Plt、AST、ALT、 $\gamma$ GTP、BUN、s-Cr、CRP、CK、PT-INR、HbA1c、T.Bil

診断目的ではなく、医薬品の適正使用（処方監査、服薬指導など）にご活用ください。

### 3. 身長、体重、体表面積の表示

### 4. レジメン名称の表示

がん化学療法や自己免疫疾患で生物学的製剤の治療を行っている患者さんでは、現在治療中のレジメン名称を表示しています。

### 5. 処方せんの 1 回量表記

処方せんは 1 回量表記を原則としますが、当面の間、従来の 1 日量も併記いたします。

#### \* ご注意いただきたい点 \*

1 日 3 錠服用する錠剤を「朝 2 錠、昼 1 錠」など、不均等用法で服用する場合、1 回量表記では「1 回 1.5 錠」と表示されてしまう場合がございます。  
その場合、コメント入力で「朝 2 錠、昼 1 錠」等の指示があれば、それを優先して調剤をお願いいたします。（疑義照会の必要はございません）

問い合わせ先：薬剤部 小池  
電話 045-787-2800（内線 2854）

カルテ番号 99200180

処方せん 再 1/1

氏名 テスト 処方018 様

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

生年月日 大正09年01月01日 性別 男 発行日 平成27年07月16日

科名 心臓血管外科

都道府県 コード	14	点数表 番号	1	医療機関 コード	0803304
-------------	----	-----------	---	-------------	---------

保険者番号	自費	負担割合	平成 年 月 日
被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号		100%	処方せんの使用期間 特に記載のある場合を除き 交付の日を含めて4日以内に 保険薬局に提出すること
区分	被保険者		
公費負担者番号			公立大学法人 横浜市立大学附属病院
公費負担医療の受給者番号			〒236-0004 横浜市金沢区福浦3丁目9番地
公費負担者番号			電話 病院代表(各科外来へ) 045-787-2800
公費負担医療の受給者番号			薬剤部医薬品情報管理室 FAX 787-2867

保険医氏名 ●▲■医師 印

変更不可 [ 個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更と差支えがあると判断した場合には、  
「変更不可」欄に「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること ]

01 7キネトン錠1mg (1mg) 1回 1錠 (1日 3錠)  
アリミン糖衣錠(25mg) 1回 1錠 (1日 3錠)  
1日3回 朝・昼・夕食後 5日分  
.....以下 余 白.....

備				記号の意味
考		変更不可欄に「×」を記載した 場合は署名又は記名・押印する	*****印	粉: 粉碎 分: 分割 別: 別包 !: 過量
調剤済 年月日	平成 年 月 日	保険医氏名 保険薬局の所 在地及び名称 保険薬剤師		印

### 院外処方せんに関する注意事項

院外処方せんには使用期限があります。  
処方せん左側「発行日」当日を含めて4日間です。  
早めに、最寄りの保険薬局へご提出ください。

後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更をご希望の場合は  
各保険薬局にてご相談ください。

下記検査項目等は、保険薬局の方に、薬の内容確認、服薬指導  
に活用していただくものです。

### 保険薬局への連絡事項

2015.7.16

下記検査項目は、処方監査、服薬指導の際、ご活用ください  
検査値(直近3カ月の検査から)

項目	結果	検査日
WBC	8900 / $\mu$ L	05/21
Neu	H 78.5 %	05/21
Hb	14.3 g/dL	05/21
Plt	19.610 <sup>4</sup> / $\mu$ L	05/21
AST	H 39 U/L	05/21
ALT	20 U/L	05/21
$\gamma$ -GTP	H 295 U/L	05/21

項目	結果	検査日
BUN	12 mg/dL	05/21
s-Cr	0.85 mg/dL	05/21
CRP	0.03 mg/dL	05/21
CK	86 U/L	04/09
PT-INR		
HbA1c	4.8	04/09
T.BIL		

### 身体情報

身長 168.9 cm (2014/9/29)

体表面積 1.595 m<sup>2</sup>

体重 52.6 kg (2014/10/9)

治療名 ・ レミケード(6) 【増量用】

99200180